

# 登園届(第2種感染症)

すみれ保育園 様

名前

生年月日 年 月 日

該当疾患に☑をお願いします

<input type="checkbox"/>	麻しん(はしか)
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	風しん
<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜炎(プール熱)
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症(O157、O26、O111等)
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌性髄膜炎)
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症

(医療機関名)

(令和 年 月 日受診)

病状が回復し、集団生活に支障がないと診断されましたので  
令和 年 月 日より登園いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名

# 登園届(第3種感染症)

すみれ保育園 様

名前

生年月日 年 月 日

該当疾患に☑をお願いします

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(りんご病)
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹
<input type="checkbox"/>	その他( )

(医療機関名)

(令和 年 月 日受診)

病状が回復し、集団生活に支障がないと診断されましたので  
令和 年 月 日より登園いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名